

Kerja Sama Misionaris dan Perusahaan dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Jawa, 1900–1930

FERNANDA PRASKY HARTONO¹ & FARABI FAKIH²

¹ Mahasiswa Pascasarjana, Departemen Sejarah, Universitas Gadjah Mada

² Dosen, Departemen Sejarah, Universitas Gadjah Mada

Email Korespondensi: fernandapraskyph@gmail.com

Abstract

Public health service activities in the Dutch East Indies increased since the early 20th century. Non-governmental organizations have emerged as a new force in providing health services to natives. Two groups that fall into this category are missions and private companies. They were most mentioned for their contribution to public health services in Java. This article aims to look further at the background and form of the relationship between the two groups. The results of this study indicate that cooperation between missions and companies occurs because both are mutually beneficial. In terms of economic benefits and in spreading the influence of each party to society, especially the natives. The relationship between the two is manifested in the form of financial donations and participation in the implementation of new ideas for more effective and efficient health services.

Keywords:
missions;
private
companies;
public health
service

Abstrak

Aktivitas pelayanan kesehatan masyarakat di Hindia Belanda meningkat sejak awal abad ke-20. Pihak nonpemerintah muncul sebagai kekuatan baru dalam menyediakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat bumiputra. Dua kelompok yang termasuk dalam kategori ini adalah misionaris dan perusahaan swasta. Keduanya memiliki kontribusi paling banyak dalam pelayanan kesehatan masyarakat di Jawa. Artikel ini bertujuan untuk melihat lebih jauh latar belakang dan bentuk kerja sama antara kedua kelompok tersebut. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kerja sama antara kelompok misionaris dan perusahaan terjalin karena keduanya saling mendapatkan keuntungan, baik keuntungan ekonomi maupun perluasan pengaruh masing-masing pihak di tengah masyarakat, khususnya bumiputra. Kerja sama keduanya diwujudkan berupa bantuan dana dan ikut serta dalam penerapan ide-ide baru pelayanan kesehatan yang lebih efektif dan efisien.

Kata kunci:
misionaris;
pelayanan
kesehatan
masyarakat;
perusahaan
swasta

Pendahuluan

Pelayanan kesehatan bagi masyarakat di Hindia-Belanda mulai mengalami peningkatan pada awal abad ke-20. Era baru masuknya modal swasta dan pengaruh ide-ide sosial, agama, dan etis membuat kesehatan bumiputra menjadi persoalan yang tidak dapat diabaikan. Hal ini merupakan tonggak baru dari upaya peningkatan pelayanan kesehatan yang sudah dimulai setelah 1860. Upaya tersebut menjadi pertanda bahwa bumiputra perlahan tidak hanya dipandang sebagai objek eksploitasi, tetapi juga perlu dijaga (Liesbeth Hesselink, 2011: 270). Seiring meningkatnya jumlah pegawai dan pekerja bumiputra, program Politik Etis (irigasi, transmigrasi, dan edukasi) memaksa pemerintah meningkatkan pelayanan kesehatan mereka. Dalam hal ini, pihak nonpemerintah sebagai pihak yang turut serta menjadi penyedia pelayanan kesehatan.

Kelompok di luar pemerintah yang turut berkontribusi dalam membangun pelayanan kesehatan di Jawa antara lain perusahaan (perkebunan, tambang, minyak, dan lain-lain) organisasi sosial-agama (misionaris Katolik-Roma, Kristen-Protestan, dan Islam) dari kelompok etnis (Tionghoa), dan organisasi Eropa lainnya (Liesbeth Hesselink, 2011:293-294). Beberapa studi mengatakan bahwa kelompok-kelompok tersebut menjalin kerja sama untuk menyediakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Kerja sama tersebut terjalin dalam bentuk bantuan dana dari perusahaan kepada misionaris atau pelatihan pengetahuan dan keterampilan medis kepada para pekerja (Baha' Uddin, 2010, Baha' Uddin, 2000, Liesbeth Hesselink, 2011:289, & Sjoerd Zondervan, 2016:166). Melalui kerja sama tersebut, perusahaan dapat lebih mudah mendapatkan pegawai dan pekerja yang sehat. Keuntungan ekonomi menjadi tujuan utama pihak perusahaan. Sementara itu, misionaris dapat menyebarkan ajaran agamanya dengan bantuan perusahaan. Namun, belum ada penelitian yang secara khusus mengkaji tentang latar belakang dan sejauh mana kerja sama antara pihak perusahaan dan misionaris terjalin, terutama di wilayah Jawa Tengah dan Timur yang memiliki intensitas kerja sama paling tinggi.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini akan mendalami lebih jauh latar belakang kerja sama antara perusahaan dengan misionaris. Ada dua pertanyaan penelitian yang berusaha dijawab melalui penelitian ini. *Pertama*, mengapa perusahaan gula swasta memilih untuk melakukan kerja sama dengan kelompok misionaris? *Kedua*, bagaimana bentuk kerja sama yang dijalin oleh kedua pihak swasta ini? Tulisan singkat ini akan menjawab pertanyaan tersebut berdasarkan sumber-sumber yang ditemukan, seperti buku terbitan, penelitian, surat kabar sezaman, artikel, dan buku.

Peningkatan Pelayanan Kesehatan Bumiputra

Masalah kesehatan bumiputra pada awalnya tidak pernah menjadi prioritas

pemerintah kolonial Hindia-Belanda. Sebelum memasuki abad ke-20, pelayanan kesehatan hanya disediakan untuk sektor militer. Pelayanan kesehatan kepada bumiputra hanya diberikan secara terbatas jika terjadi wabah (D. Schoute, 1937). Memasuki awal abad ke-20, setelah Politik Etis dikemukakan, perlahan kesehatan bumiputra ditingkatkan. Menurut Anne Booth, hal ini merupakan bentuk tanggung jawab baru pemerintah kolonial kepada bumiputra, meskipun mereka menyimpan kepentingan ekonomi di balik kebijakan tersebut (Anne Booth, 2019:94). Selain pelayanan kesehatan, pemerintah juga meningkatkan kebersihan lingkungan dan perilaku hidup bersih.

Pemerintah Hindia Belanda akhirnya menyadari bahwa penyatuan kepentingan kesehatan sipil dengan militer membawa berbagai masalah, terutama apabila ditinjau dari pandangan etis yang mereka gaungkan. Oleh karena itu, pemerintah membentuk Komisi Persiapan Reorganisasi Pelayanan Kesehatan Sipil (Commissie tot Voorbereiding eener Reorganisatie van den Burgerlijken Geneeskundigen Dienst) pada 3 Desember 1906. Komisi tersebut bertugas menyelidiki masalah-masalah dan persiapan reorganisasi pelayanan kesehatan sipil, terutama di Jawa.

Penyelidikan komisi ini pada 1908 memaparkan ada tiga alasan pelayanan kesehatan militer dan sipil harus segera dilakukan secara terpisah. *Pertama*, berdasarkan perkembangan ilmu pengetahuan di dunia medis, masalah kesehatan sipil tidak bisa disamakan dengan militer. *Kedua*, kepentingan militer terlalu dominan sehingga perhatian kepada sipil menjadi sangat kurang. *Ketiga*, pemanfaatan dana yang tidak efektif dan efisien¹. Pada 1911, akhirnya Dinas Kesehatan Sipil (Burgerlijk Geneeskundigen Dienst) menjadi bagian terpisah dari Dinas Kesehatan Militer (Militair Geneeskundigen Dienst) (Peter Boomgaard, 1993: 87).

Tidak hanya melakukan reorganisasi, pemerintah juga memberikan subsidi bagi pihak perusahaan yang ikut serta dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Subsidi ini pertama kali diberikan pada 1906 melalui *Staatsblad van Nederlandsch-Indie* No. 276 (Baha' Uddin & Bambang Purwanto, 2006: 143). Besaran subsidi diberikan berdasarkan jenis dan besar rumah sakit untuk pembangunan, pengadaan alat, gaji tenaga kesehatan, biaya perawatan pasien, dan pemeliharaan. Peraturan subsidi diperbaiki bersamaan dengan reorganisasi dinas kesehatan pada 1911. Setelah itu, peraturan tersebut kembali diperbaiki pada 1917 dan 1919 (Baha' Uddin & Bambang Purwanto, 2006: 144-149).

Hasil yang kurang maksimal membuat pemerintah kembali memperbaiki peraturan subsidi bagi pelayanan kesehatan pada 1928. Perubahan peraturan ini didasarkan pada paradigma kebijakan pemerintah

1) Rapport der Commissie tot Voorbereiding Eener Reorganisatie van den Burgerlijken Geneeskundigen Dienst, 1908, hlm. 1-9.

yang ditandai dengan kembali dilakukannya reorganisasi Dinas Kesehatan pada 1925. Dinas Kesehatan Sipil berubah menjadi Dinas Kesehatan Masyarakat (Dienst voor de Volksgezondheid). Pemerataan pelayanan bagi masyarakat benar-benar ditingkatkan dengan lebih menaruh perhatian pada masyarakat miskin (Baha' Uddin & Bambang Purwanto, 2006: 148-149). Hasil dari serangkaian kebijakan subsidi ini turut membuat pelayanan kesehatan, terutama oleh pihak perusahaan menjadi lebih luas.

Pelayanan Kesehatan Misionaris dan Perusahaan

Perubahan kebijakan politik dan ekonomi pemerintah kolonial Hindia Belanda menjelang dan awal abad ke-20 menjadikan pihak nonpemerintah perlahan muncul sebagai penyedia pelayanan kesehatan masyarakat. Kelompok nonpemerintah tersebut adalah kelompok sosial-agama atau misionaris dan perusahaan. Menurut Liesbeth Hesselink, kelompok misionaris dan perusahaan perlahan muncul sebagai pihak *supplier* baru dalam pasar medis Hindia Belanda pada 1915-an (Liesbeth Hesselink, 2011:274).

Pemberian bantuan medis pertama oleh kelompok misionaris dilakukan tidak lama setelah mereka melakukan tugas mereka menyebarkan ajaran agama kepada bumiputra di Jawa pada babak kedua abad ke-19. Dengan memberikan pelayanan medis, para misionaris lebih mudah melakukan kontak dengan masyarakat. Perlahan, kepercayaan bumiputra mulai tumbuh kepada mereka yang menawarkan bantuan ketika kondisi sedang sulit. Salah satu contohnya dilakukan oleh seorang misionaris bernama S. Coolsman yang membantu masyarakat Priangan ketika ditimpa wabah kolera pada 1865-an. Setelah itu, S. Coolsman menjadikan kunjungan kepada orang sakit sebagai bagian dari pekerjaannya (S. Coolsman dalam Liesbeth Hesselink, 2011: 284).

Rumah sakit pertama yang dibangun oleh misionaris Kristen-Protestan terletak di Jawa Timur, yaitu rumah sakit Mojowarno. Rumah sakit ini yang dibangun pada 1894 ini dikepalai oleh dr. H. Bervoets (Sjoerd Zondervan, 2017: 114-115). Rumah sakit ini memiliki peran penting dalam pelayanan kesehatan masyarakat di Jawa Timur, khususnya Surabaya (Liesbeth Hesselink, 2011:285). Bahkan sampai berhasil membaptis beberapa penduduk dengan jumlah yang tidak sedikit. Artinya, penduduk menerima dan percaya pada pengobatan barat yang dibawa oleh misionaris dan menjadi terbiasa.

Upaya meningkatkan pelayanan kesehatan misionaris semakin berkembang ketika dokter pertama misionaris, yaitu dr. Jan Gerrit Scheurer dikirimkan ke Jawa pada 1893. Empat tahun kemudian, Scheurer adalah aktor dibalik pendirian rumah sakit misionaris besar Petronella di Yogyakarta (sekarang rumah sakit Bethesda). Rumah sakit ini membawa pengaruh besar terhadap pelayanan kesehatan masyarakat di Jawa, terutama setelah ditemukan dan diterapkannya *Djocja-system* oleh penerus Scheurer, yaitu dr. H.S. Pruys (1906-1918).

Djocja-System merupakan sebuah sistem yang mengharuskan pendirian fasilitas pembantu (*hulphospital, polikliniek, dan kliniek*) bagi rumah sakit pusat. Fasilitas pembantu ini tersebar di beberapa wilayah yang dianggap perlu mendapatkan penanganan medis sehingga fasilitas pembantu ini menjadi kepanjangan tangan dari rumah sakit pusat. Masyarakat yang tinggal jauh dari rumah sakit, yang biasanya dekat dengan kompleks pabrik, dapat segera mendapatkan penanganan medis tanpa harus menempuh jarak jauh dan waktu yang lama. Dengan sistem ini, pengobatan barat dapat diberikan kepada masyarakat secara lebih efektif meskipun perlu adanya dukungan dana yang cukup besar.²

Sementara itu, pelayanan kesehatan oleh pihak perusahaan sudah dilakukan sejak masa *Vereenigde Oostindische Compagnie (VOC)* berkuasa di beberapa wilayah Nusantara. Mereka mengirimkan beberapa dokter dan banyak ahli bedah sebagai tenaga medis bagi pejabat, pegawai, tentara, pelaut, pekerja, dan orang-orang yang dianggap penting lainnya (Iris Bruijn, 2019). Kemudian era baru terjadi ketika geliat produksi perusahaan di Deli meningkat. Mereka menghadirkan pelayanan kesehatan bagi orang-orang Eropa dan pekerjanya yang didatangkan dari Jawa, Cina, dan Malaya. Perkembangan ilmu medis dunia pada babak kedua abad ke-19, meningkatnya modal swasta setelah runtuhnya Sistem Tanam Paksa, dan berkembangnya ide-ide liberal membuat Deli dinilai sukses menciptakan pelayanan kesehatan yang memberikan keuntungan bagi perusahaan swasta.

Seperti dikatakan oleh Hans Pols, bahwa kesuksesan yang dilakukan oleh dr. W.A.P. Schuffner menerapkan program kesehatan masyarakat di Deli dan berhasil menurunkan angka penderita dan kematian secara signifikan (2019: 11). Pada 1890, pemerintah kolonial melalui Menteri Pendidikan, Agama, dan Industri mengeluarkan surat edaran yang mengharuskan perusahaan swasta di luar Batavia, Semarang, dan Surabaya memiliki pelayanan kesehatannya sendiri (Kolonial Verslag, 1891: 134 dalam Liesbeth Hesselink, 2011: 288). Dengan ini, perlahan perusahaan swasta di Jawa mulai mengeluarkan sebagian dananya untuk pendirian fasilitas kesehatan dan pendidik tenaga kesehatan di *School tot Opleiding van Inlandsche Artsen (STOVIA)*.

Memasuki abad ke-20, jumlah industri gula semakin meningkat dan perkembangan misionaris semakin luas. Rumah sakit perusahaan di seluruh Hindia-Belanda sampai 1910 berjumlah sekitar 40 dan meningkat menjadi sekitar 301 pada 1930. Rumah sakit misionaris berjumlah 26 pada 1910, meningkat menjadi 57 pada 1930 (Sjoerd Zondervan, 2017: 116, 167, & 172). Data ini membuktikan bahwa pihak misionaris dan perusahaan memiliki pengaruh besar dalam penyediaan pelayanan kesehatan masyarakat.

Menurut C. Zwaan³, bahwa tujuan utama dari kelompok misionaris

2) *Loc.cit.*

3) Seorang pendeta yang pernah bekerja di Yogyakarta selama 20 tahun.

adalah untuk kepentingan kemanusiaan dan misi penyebaran agama. Penyediaan bantuan medis kepada masyarakat merupakan salah satu cara efektif untuk mempromosikan agama mereka. Selain itu, seperti terjadi di Yogyakarta pada dekade awal abad ke-20 yang merupakan wilayah pusat tenaga kerja, penyediaan lebih banyak pelayanan kesehatan tidak hanya menjadi manifestasi ketaatan mereka kepada Tuhan, tetapi juga akan sangat membantu bidang lain, terutama sektor industri⁴ (1925:8-12).

Sedangkan bagi perusahaan, menurut H. Levert, penyediaan pelayanan kesehatan kepada para pekerja, bahkan masyarakat sekitar pabrik, menjadi salah satu upaya untuk mengatasi permasalahan kekurangan tenaga kerja. Kekurangan tersebut disebabkan oleh berbagai penyakit sehingga mereka tidak dapat bekerja atau enggan untuk menetap di wilayah sekitar pabrik (1934:139-140). Penyediaan pelayanan kesehatan menjadi upaya mendesak karena pada masa ini meningkatkan hubungan sosial dengan bumiputra menjadi jalan untuk memperoleh kesetiaan dan kerja sama yang lebih baik. Ujungnya adalah keuntungan yang lebih besar akan diperoleh perusahaan dari produksi yang berjalan dengan lancar (Levert, 1934:263).

Kerja Sama Misionaris dan Perusahaan

Selama periode 1915 hingga 1924, rata-rata uang yang dikeluarkan oleh pabrik gula untuk pelayanan kesehatan dan kebersihan terus meningkat setiap tahunnya. Pada 1915, setiap pabrik gula mengeluarkan dana sekitar f1.828 untuk penyediaan obat, peralatan medis, gaji tenaga kesehatan, pembangunan dan pemeliharaan fasilitas kesehatan, pencegahan dan pengendalian epidemi, penyediaan air bersih dan saluran pembuangan, serta sumbangan kepada misionaris. Jumlah ini meningkat menjadi f6.328 pada tahun 1924 (Van der Mandere, 1928: 132). Tidak semua perusahaan mengeluarkan dana sejumlah tersebut, tergantung pada seberapa besar pabrik, kebutuhan pabrik, dan jenis fasilitas yang disediakan.

Setiap pabrik dapat menyediakan pelayanan kesehatan secara mandiri dengan mendirikan fasilitas kesehatan atau bekerja sama dengan pemerintah, organisasi sosial-keagamaan, atau perusahaan lain (Van der Mandere, 1928: 132). Pada 1900-an, inisiasi kerja sama ini sudah dilakukan oleh pabrik-pabrik yang berlokasi di sekitar Pantai Utara Jawa. Cornelis van Musschenbroek, pemilik pabrik gula Tjomal sekaligus ketua Sindikat Gula bekerja sama membangun pelayanan kesehatan terpusat bersama pabrik gula Kalimati, Wonopringgo, Tirto, Banjardawa, dan Sragi (J. F. A. C. Van Moll & C. H. Lugten, 1916: 11-12).

Perusahaan-perusahaan gula di Yogyakarta juga melakukan kerja sama serupa. Namun, kerja sama tersebut kali ini dilakukan dengan kelompok misionaris di Rumah Sakit Petronella. Menurut buklet berjudul

4) Vijf-en-Twintig Jaar Zendingsarbeid Te Djocja, 1925, hlm. 8-12.

Het Zendingsziekenhuis Petronella tahun 1939, kerja sama yang dilakukan oleh perusahaan-perusahaan besar di Yogyakarta dengan pihak misionaris dimulai pada masa kepemimpinan direktur H. S. Pruys (1906-1918). Mereka bersedia bekerja sama sebagai mitra penyedia fasilitas kesehatan dalam sistem baru yang disebut dengan *Djocja-System*⁵.

Djocja-System muncul dari keinginan H.S. Pruys untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat lebih luas. Rumah Sakit Petronella dengan kapasitas 150 pasien terlalu kecil untuk populasi yang mencapai angka sekitar satu juta jiwa. Rumah sakit tersebut tidak akan mampu menjadi garda terdepan dalam upaya memerangi masalah penyakit umum, seperti malaria, frambusia, disentri, trachoma, dan cacing tambang, yang dijumpai di kalangan masyarakat desa⁶. Oleh karena itu, *Djocja-System* dibutuhkan sebagai solusi yang dapat menyediakan fasilitas kesehatan langsung kepada penduduk desa. Kerja sama dalam sistem ini diklaim tidak memerlukan pengeluaran dana yang besar dalam penerapannya.

Ketertarikan perusahaan-perusahaan, khususnya gula, terhadap kerja sama ini mulai bermunculan. Semasa H.S. Pruys menjabat, beberapa perusahaan besar ikut bergabung dalam kerja sama. Koloniale Bank membangun rumah sakit di Medari dan Ranu Gunting, Klattensche Cultuur Mij. membangun rumah sakit di pabrik gula Pundung, Cultuur Mij. de Vorstenlanden membangun rumah sakit di pabrik gula Barongan, dan Internationale Crediet en Handelsvereniging membangun rumah sakit di Pabrik Gula Bantool. H.S. Pruys meyakini bahwa sistem ini, meskipun menuai banyak kritikan tajam, akan dapat memberikan bukti nyata keberhasilan menjalankan pelayanan kesehatan masyarakat⁷.

Setelah H.S. Pruys mengundurkan diri sebagai direktur pada 1918, posisinya digantikan oleh dr. J. Offringa (1918-1930). Kerja sama terus dilakukan, bahkan beberapa perusahaan lain juga bergabung sebagai mitra baru. Cultuur Mij. de Vorstenlanden membangun rumah sakit Sewugalur (1922) dan Dowangan (1925). Internationale Crediet en Handelsvereniging membangun rumah sakit Tanjung-Tirto (1922) dan Cebongan (1929), dan Klattensche Cultuur Mij. kembali membangun rumah sakit Soro Gedung-Wanujoyo (1926). Selain dengan perusahaan tersebut, Petronella juga melakukan kerja sama dengan Sultan Hamengku Buwono VIII membangun rumah sakit Wates, Wonosari, dan Sanden⁸. Hal ini mengindikasikan bahwa sistem ini dinilai cukup efektif dalam mengatasi masalah penyakit yang umum dijumpai di masyarakat.

Menurut Van der Mandere, pada periode 1915-1925, biaya yang

5) *Het Zendingsziekenhuis Petronella*, 1930, hlm. 8-9

6) *Loc.cit.*

7) *Het Zendingsziekenhuis Petronella*, 1939, hlm. 8-9.

8) *Loc.cit.*

dikeluarkan oleh perusahaan untuk mendirikan dan menjalankan operasional fasilitas kesehatan tidak murah, terutama bagi rumah sakit dengan kapasitas besar dan fasilitas lengkap, seperti rumah sakit Tulungrejo (1908) milik *Handelsvereniging Amsterdam* (HVA) di Kediri. Rumah sakit ini mengeluarkan dana sekitar f130.000 untuk biaya operasional setiap tahun (Van der Mandere, 1928: 132). Rumah sakit lain milik HVA di Djatiroto yang juga masuk ke dalam kategori rumah sakit besar menelan biaya yang cukup mahal. Dana sekitar f500.000 dikeluarkan untuk pembangunan awal dan sekitar f150.000 untuk biaya operasional setiap tahunnya⁹.

Angka tersebut jauh lebih besar jika dibandingkan dengan biaya yang dikeluarkan perusahaan untuk membantu rumah sakit misionaris. Artinya, jika perusahaan bekerja sama dengan misionaris, biaya yang dikeluarkan akan lebih sedikit. Hal tersebut dapat dilihat dari pabrik-pabrik di sekitar Rumah Sakit Petronella yang hanya menyumbang dana sekitar f25.000 setiap tahunnya (Van der Mandere, 1928: 132). Uang ini digunakan untuk mencukupi segala macam keperluan rumah sakit, mulai dari pengadaan peralatan medis, obat, gaji tenaga kesehatan, dan biaya operasional lainnya. Biaya yang lebih murah ini disebabkan setiap perusahaan tidak menanggung sendiri seluruh keperluan rumah sakit. Mereka saling bekerja sama dengan perusahaan lain, sumbangan kelompok sosial-agama, dan bahkan pemerintah daerah/kotamadya yang bermuara pada rumah sakit misionaris. Modjowarno dan Petronella menjadi contoh utama pabrik-pabrik gula di Mojokerto, Jombang, dan Yogyakarta menjalin kerja sama yang cukup baik dengan pemberian dana secara teratur untuk pelayanan kesehatan masyarakat.

Penerapan *Djocja-System* di Djatiroto

Hubungan tidak langsung antara kedua kelompok non-pemerintah dalam pelayanan kesehatan di Jawa juga terjadi ketika terobosan-terobosan yang memberikan dampak positif dari misionaris kemudian diterapkan oleh perusahaan. *Djocja-System* telah menjadi bukti nyata sebuah pelayanan kesehatan masyarakat seharusnya dilakukan. Tak hanya berkembang di Yogyakarta, sistem ini kemudian diadopsi oleh dr. Peter William L. Penris yang menjabat direktur rumah sakit Djatiroto milik perusahaan HVA di Kabupaten Lumajang pada 1924-1929.

Menurut Penris, alasan dia menerapkan *Djocja-System* adalah karena sistem tersebut telah terbukti berhasil untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat. Sistem tersebut menggunakan sistem desentralisasi, yang memungkinkan orang berdomisili jauh dari rumah sakit pusat juga dapat mengakses pelayanan kesehatan. Jika perusahaan menyediakan layanan kesehatan bagi para pegawai dan pekerjanya, perusahaan juga harus menerapkan sistem ini untuk masyarakat secara luas. Dalam penerapannya

9) De Locomotief, 29 Februari 1928 & De Sumatra Post, 21 Juli 1928.

di Lumajang, HVA membangun kliniknya sendiri untuk pabrik gula Djatiroto dan klinik-klinik yang disandingkan dengan pembangunan pabrik gula baru seperti Gunungsari, Bedadung, dan Semboro. Rangkaian ini membentuk sistem desentralisasi yang prinsipnya sama dengan *Djocja-System*.

Klinik pertama terletak jadi satu di rumah sakit lama (sebelah utara pabrik gula Djatiroto). Sedangkan klinik terpisah di bangun di Desa Blimbing pada 1925, Desa Banyuputih pada 1926, dan Desa Ranuagung pada 1928. Pada klinik pertama, Penris melakukan kunjungan mandiri untuk mengetahui langsung kondisi dan permasalahan penduduk desa. Kemudian setelah klinik lainnya berdiri, petugas kesehatan di jalankan oleh seorang mantri (Penris, 1930:24). Tugas para mantri tidak hanya di klinik, tetapi juga diwajibkan melakukan kunjungan ke desa-desa lain. Ini membuat kontak antara tenaga kesehatan yang merupakan kepanjangan tangan dari perusahaan dengan masyarakat desa menjadi lebih intensif. Hal tersebut hampir sama dengan langkah yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit Petronella dan beberapa fasilitas kesehatan yang berafiliasi dengannya.

Perusahaan gula memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara gratis (J. J. Tichelaar, 1929: 197 & Soerabaiasch Handelsblad pada 11 Mei 1929, No. 105), baik di klinik, rumah sakit, maupun tempat-tempat lain tempat perawatan dan obat dapat didapatkan. Namun, ternyata tidak semua masyarakat dilepaskan dari beban biaya. Contohnya, masyarakat di lingkungan pabrik gula milik HVA di Lumajang yang diajarkan untuk menghargai setiap kebaikan yang diberikan kepada mereka, seperti yang telah dilakukan oleh kelompok misionaris (Penris, 1930:29). Mereka menerapkan sistem pembayaran sesuai tingkat pendidikan dan ekonomi masyarakat. Mereka yang mampu secara ekonomi dapat membayar dengan uang atau barang lainnya seperti hasil kebun dan ternak. Sedangkan bagi masyarakat yang benar-benar tidak mampu akan digratiskan.

Kerja sama misionaris dengan HVA di Djatiroto berlanjut saat perusahaan melakukan pembangunan rumah sakit utama pada 1928 dan selesai pada 1929. Pembangunan ini bertujuan untuk memperbesar rumah sakit lama yang dirasa terlalu kecil untuk menjawab permasalahan kesehatan masyarakat. Van der Eyk sebagai perwakilan dari HVA mengatakan bahwa meningkatnya jumlah kunjungan pasien disebabkan oleh meningkatnya kepercayaan masyarakat akan dunia medis Barat. Beberapa dokter dari rumah sakit misionaris dilibatkan dalam proses pembangunan rumah sakit ini, seperti dr. Offringa dari Rumah Sakit Petronella (direktur ke-3 setelah H. S. Pruys), dr. Bekker dari rumah sakit dr. Scheurer di Klaten, dan dr. de Jong dari Rumah Sakit Mojowarno. Selain itu, ada keterlibatan dari pihak pemerintah melalui Dinas Kesehatan Masyarakat¹⁰, meskipun perusahaan

10) Pidato van der Eyk yang dimuat dalam surat kabar Soerabaiasch Handelsblad tanggal 11 Mei 1929, No. 105.

menolak bantuan subsidi yang diberikan oleh pemerintah¹¹.

Pengaruh Rumah Sakit Petronella di Djatiroto

Perluasan yang dilakukan Rumah Sakit Petronella dan Rumah Sakit dr. Scheurer benar-benar menjadi contoh dalam pembangunan Rumah Sakit Djatiroto (Penris, 1930:40). Desain yang dibuat di kedua rumah sakit tersebut dirasa lebih sesuai untuk merawat pasien-pasien daripada desain rumah sakit yang ada di Deli. Penris mengatakan bahwa perawatan pasien di Deli tidak lebih dari akomodasi bagi para pekerja sehingga tidak cocok diterapkan di Jawa, khususnya untuk Rumah Sakit Djatiroto. Contoh penerapan desain yang terinspirasi dari rumah sakit misionaris adalah disediakannya ruang terbuka atau disebut dengan pendopo. Ruangan ini digunakan untuk perawatan pasien dengan masalah luka fisik, penyakit mata, dan keluhan sedang hingga ringan lainnya yang dapat diatasi dengan rawat jalan. Perawatan di ruangan seperti ini lebih disukai oleh pasien bumiputra yang datang (Penris, 1930: 43). Ruangan ini terletak di bagian tengah antara gedung utama dengan gedung perawatan inap (bangsal).

Desain dari beberapa ruangan perawatan inap juga mengadopsi rumah sakit misionaris. Ruangan inap bagi pasien bumiputra dibedakan menjadi dua kelas. Kelas pertama untuk pasien bumiputra dari kalangan mandor dan tukang dan kelas kedua untuk kalangan kuli dan dibawahnya. Di kelas kedua, setiap ranjang pasien diberi pembatas yang terbuat dari tirai kain setinggi 2 meter pada setiap sisinya sehingga disebut dengan ruangan boks yang dilihat pertama kali oleh Penris di Yogyakarta. Desain ruangan seperti ini akan sangat membantu tugas tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan dan melakukan pemantauan kondisi pasien. Sebab, ruangan seperti ini memungkinkan adanya lorong lurus di antara ranjang pasien dan pembatas kain lebih mudah dibuka. Selain itu, fungsi ruangan ini adalah untuk mengisolasi pasien yang menderita penyakit khusus, seperti pneumonia, tuberculosis, dan lain-lain (penyakit yang tidak termasuk kelompok penyakit umum). (Penris, 1930: 44). Tidak berhenti di situ, pengaruh ide-ide pelayanan kesehatan misionaris Yogyakarta bahkan sampai ke peralatan dapur yang digunakan oleh rumah sakit Djatiroto.

Penerapan ide-ide yang dilakukan oleh pelayanan kesehatan misionaris menjadi semakin kuat karena beberapa perusahaan gula, termasuk HVA di Pabrik Gula Djatiroto, bekerja sama dengan perusahaan konstruksi yang sama dengan pihak misionaris. Perusahaan konstruksi tersebut adalah N.V. Bouwkundig Bureau Sitsen en Louzada yang berdiri sejak 1919 dan berdomisili di Yogyakarta. Perusahaan yang telah berpengalaman dalam pembangunan fasilitas kesehatan di beberapa daerah di Yogyakarta dan Jawa

11) Pidato Prof. dr. Rodenwaldt yang dimuat dalam surat kabar *Soerabaiasch Handelsblad* tanggal 11 Mei 1929, No. 105.

Tengah. Perusahaan konstruksi ini pertama kali menjalin kerja sama dengan misionaris Yogyakarta pada 1923. Mereka ditugaskan untuk membangun beberapa bagian Rumah Sakit Petronella. Jadi bukan masalah yang sulit bagi pihak konstruksi untuk membuat desain yang mirip dengan rumah sakit misionaris di Yogyakarta.

Ini membuktikan bahwa kerja sama antara kelompok misionaris dengan perusahaan gula di Jawa dalam pelayanan kesehatan masyarakat sangat kuat. Di Djatiroto dan beberapa fasilitas kesehatan milik HVA di sekitarnya, setelah kedatangan Penris peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat mulai meningkat. Ide-idenya yang dipengaruhi oleh dokter-dokter misionaris di Yogyakarta dan lainnya telah membawa perubahan besar dalam misi perusahaan mendapatkan pekerja yang sehat untuk produksi pabrik-pabriknya.

Perusahaan swasta lain yang berdomisili di Yogyakarta dan sekitarnya dapat bekerja sama secara langsung dengan Petronella dengan terlibat menjadi bagian sistem desentralisasi yang dirancangnya. Namun, bagi HVA yang memiliki kompleks pabrik gula di Lumajang akan sangat sulit untuk terlibat langsung dengan sistem tersebut. Sehingga cara paling benar adalah dengan mengadopsi sistem yang sama tetapi dengan penerapan yang disesuaikan dengan kondisi yang ada.

Kesimpulan

Kerja sama antara kelompok misionaris dengan perusahaan dalam pelayanan kesehatan masyarakat dilakukan atas dasar kepentingan masing-masing pihak. Hubungan keduanya merupakan hubungan yang saling menguntungkan. Bagi pihak misionaris, penyediaan pelayanan kesehatan masyarakat merupakan bentuk iman mereka kepada Tuhan serta mempromosikan kepercayaan mereka secara luas. Mereka tidak perlu mengeluarkan dana yang banyak untuk dapat mendirikan rumah sakit/klinik, gaji tenaga kesehatan, pengadaan peralatan/obat, dan biaya operasional lainnya. Sedangkan bagi pihak perusahaan, mereka mendapatkan pekerja yang sehat dan setia kepada perusahaan dengan tidak mengeluarkan biaya yang banyak. Dengan bekerja sama dengan misionaris, perusahaan tidak hanya mendapatkan keuntungan ekonomi tetapi juga turut serta dalam menerapkan ide-ide etis yang sedang dianut oleh pemerintah kolonial.

Hubungan keduanya tidak hanya dalam bentuk kerja sama langsung penyediaan segala macam bentuk keperluan medis, tetapi juga memberikan pengaruh ide-ide pelayanan kesehatan. Rumah sakit di pabrik gula Djatiroto menjadi contoh ide-ide misionaris Yogyakarta diterapkan, mulai dari pengadopsian *Djocja-System* sebagai sistem yang dinilai efektif dan efisien, pengenalan fasilitas dan pengobatan medis, hingga metode pembayaran oleh pasien dan pedoman dalam membangun sebuah fasilitas medis dalam bentuk

rumah sakit atau klinik. Hal ini membuktikan bahwa kuatnya kerja sama yang terjalin ternyata tidak sesederhana sumbangan dana dari pihak perusahaan kepada misionaris. Kerja sama tersebut berlangsung lebih jauh hingga penerapan serangkaian sistem yang dinilai lebih baik dalam mengenalkan, menyembuhkan, dan memelihara kesehatan bumiputra.

Referensi

Arsip dan Surat Kabar

der Mandere, G. J. v., (1928), *De Javasuikeerindustrie in Heden en Verleden, Gezien in het Bijzonder in Hare Sociaal-Economische Beteekenis*, Amsterdam: Uitgave Bureau Industria Druk Ipenbuur & van Seldam.

De Sumatra Post, Zaterdag, 21 Juli 1928.

Het Nieuws van Den Dag voor Nederlandsch-Indië, 22 Februari 1919, No. 44.

Levert, P. H., 1934, *Inheemsche Arbeid in de Java Suikerindustrie*, Wageningen: Thesis Landbouw-Hogeschool.

Moll, A. C. v., and Lugten, C. H., (1916), *Projecten van Woningen voor Suikerondernemingen*, Amsterdam: Druk van J. H. De Bussy, 1916.

Penris, P. W. L., (1930), *Geneeskundige Verzorging van Arbeiders Bij Landbouwondernemingen op Java*, Amsterdam: H. J. Paris.

Schoute, D., (1936), *De Geneeskunde in Nederlandsch-Indië: Gedurende de Negentiende Eeuw*, Batavia: G. Kolff & Co.

Soerabaiasch Handelsblad, 11 Mei 1929, No. 105.

Tichelaar, J. J., (1929), *De Java-Suikerindustrie en Hare Beteekenis Voor Land en Volk*, Soerabaia: N.V. Boekhandel en Drukkerij.

Tim Penulis, (1925), *Vijf-en-Twintig Jaar Zendingsarbeid Te Djocja*, De Kerkeraad van Amsterdam.

Tim Penulis, (1939), *Het Zendingsziekenhuis Petronella*, Universitas Michigan.

Artikel dan Buku

Booth, A., (2019), *Living Standards in Southeast Asia: Changes Over the Long Twentieth Century, 1900-2015*, Amsterdam: Amsterdam University Press.

Hesselink, L., (2011), *Healers on The Colonial Market: Native Doctors and Midwives in The Dutch East Indies*, Leiden: KITLV Press.

Pols, H., (2019), *Merawat Bangsa: Sejarah Pergerakan Para Dokter Indonesia*, Jakarta: PT. Kompas Media Nusantara.

Uddin, B., (2010), *Perubahan dan Keberlanjutan: Pelayanan Kesehatan Swasta di Jawa pada Masa Kolonial Hingga Pasca Kemerdekaan*, dalam Margana, S., dan Nursam, M. (edt.), *Kota-Kota di Jawa: Identitas Gaya Hidup dan Permasalahan Sosial*, Yogyakarta: Penerbit Ombak.

Zondervan, S., (2016), *Patients of The Colonial State: The Rise of a Hospital System in The Netherlands Indies 1890-1940*, Maastricht University.

Uddin, B., 2000, "Pelayanan Kesehatan Masyarakat pada Masa Kolonial", *Lembaran Sejarah*, II, 2.

Uddin, B., dan Purwanto, B., 2006, "Kebijakan Subsidi Kesehatan Kolonial di Jawa pada Awal Abad ke-20", *Jurnal Humanika*, 19, 2, 139-161.